

FACTIBILITAT D'UNA CLASSIFICACIÓ DE PROBLEMES DE SALUT PER ALS SERVEIS D'URGÈNCIES HOSPITALÀRIES

Xavier Balanzó Fernández / Jordi Almirall i Pujol

Servei de Medicina Interna i Urgències. Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró.

Resum

Es presenten l'adaptació i la experiència d'utilització de la ICHPPC-2 per als serveis d'urgències hospitalàries. L'adaptació respecta la divisió en XVIII grups generals i la terminologia utilitzada per la WONCA i estableix una correspondència entre la classificació proposada, la ICHPPC-2 i la ICD-9, de la qual cosa resulta un llistat amb 382 entrades. S'exposen la justificació i la metodologia utilitzades per a efectuar la modificació esmentada.

La seva aplicació va ser experimentada en un primer estudi

multicèntric d'urgències dut a terme en 22 hospitals de Catalunya durant una setmana, amb un total d'11.650 urgències. La consignació del diagnòstic, realitzada pels mateixos metges de guàrdia, va ésser efectuada en el 96,1% dels casos. Un segon estudi fet sobre 27.175 urgències ateses en un hospital durant 6 mesos ha obtingut un 98,1% d'acompliment.

Paraules clau: Classificació de diagnòstics. Urgències hospitalàries.

THE FEASIBILITY OF A CLASSIFICATION OF HEALTH PROBLEMS IN HOSPITAL ACCIDENT AND EMERGENCY SERVICES

Summary

The adaptation and use of the ICHPPC-2 for accident and emergency services is presented in this paper. The adaptation respects the division into XVIII general groups and the terminology used by WONCA and establishes the correspondence between the proposed classification, the ICHPPC-2 and the ICD-9 giving a total of 382 classes. The justification and methodology used to reach this modification are discussed.

Its application was studied in a preliminary multicentre study of accident and emergency departments in 22 hospitals in Catalonia during one week, with a total of 11,650 emergencies. The diagnosis was noted by the physicians on duty in 96.1% of the cases. A second study, made of 27,175 accident and emergency cases attended in a hospital during a six month period, gave a result of 98.1% diagnoses established.

Key Words: Classification of diagnoses. Hospital accident and emergency consultations.

FACTIBILIDAD DE UNA CLASIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Resumen

Se presentan la adaptación y la experiencia de utilización de la ICHPPC-2 por los servicios de urgencias hospitalarios. La adaptación respeta la división en XVIII grupos generales y la terminología utilizada por la WONCA, y establece una correspondencia entre la clasificación propuesta, la ICHPPC-2 y la ICD-9, de la cual resulta un listado con 382 entradas. Se exponen la justificación y metodología utilizadas para efectuar la citada modificación.

Su aplicación fue experimentada en un primer estudio multicéntrico de urgencias realizado en 22 hospitales de Cataluña durante una semana con un total de 11.650 urgencias. La consignación del diagnóstico, realizada por los mismos médicos de guardia, fue efectuada en el 96,1% de los casos. Un segundo estudio realizado sobre 27.175 urgencias atendidas en un hospital durante 6 meses ha obtenido un 98,1% de cumplimiento.

Palabras clave: Clasificación de diagnósticos. Urgencias hospitalarias.

Introducció

La necessitat de conèixer la demanda real dels Serveis d'Urgència Hospitalaris (SUH), obliga a utilitzar per als diagnòstics mèdics, un model de classificació universal per tal que la informació obtinguda sigui comparable i fàcilment registrable¹, però que eviti l'acumulació de dades inútils². En el moment d'informatitzar el Servei d'Urgències de l'Hospital de St. Jaume i Sta. Magdalena de Mataró, un dels problemes plantejats en l'elaboració de la fitxa, va ser de trobar un

Introducción

La necesidad de conocer la demanda real de los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) obliga a utilizar para los diagnósticos médicos un modelo de clasificación universal que permita que la información obtenida sea comparable y fácilmente registrable, pero que evite la acumulación de datos inútiles². En el momento de informatizar el Servicio de Urgencias del Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró, uno de los problemas surgidos en la elaboración de la

Correspondencia: Xavier Balanzó. Hospital 31 - 08301 Mataró.

model de codificació que s'adaptés fàcilment a les necessitats d'urgències. La nostra experiència en el registre de l'admissió i l'alta hospitalàries³, es basava en la utilització de la Classificació Internacional de Malalties 9^a edició (ICD-9). Diversos estudis sobre urgències hospitalàries^{4,5} basen llurs anàlisis en la utilització parcial de la ICD-9 o en la proposada per la WONCA⁶. Ambdós models presenten, però, importants limitacions que dificulten la seva aplicació en l'àmbit d'urgències hospitalàries.

En el cas de la ICD-9 les dificultats provenen dels motius següents:

- a) és una classificació bàsicament etiològica, mentre que en les urgències, els diagnòstics són en gran part sindròmics.
- b) els milers de diagnòstics que ofereixen els XVII grups de la ICD-9, fan molt difícil el maneig i la selecció d'un codi, la qual cosa genera una gran dispersió en les dades sobre patologies.

En el cas de la ICHPPC-2 les dificultats provenen bàsicament de l'agrupament en un mateix codi de diversos processos patològics que si bé són de poca incidència en l'atenció primària, són freqüents en urgències hospitalàries. Això no obstant, aquesta classificació aporta nombrosos avantatges sobre la ICD-9, ja que està orientada en diagnòstics sindròmics i a més disposa d'un grup XVIII (V.01-V.82) que inclou problemes de salut, procediments mèdics, procediments administratius i situacions socials que són motiu, sovint, d'atenció sanitària en els SUH.

Per aquestes raons hem escollit aquesta darrera classificació com a model de codificació per a les urgències hospitalàries. Hi hem introduït modificacions per facilitar-ne l'aplicació i l'adaptació a la demanda de les urgències hospitalàries; això permet que d'una manera fàcil pugui ser el mateix metge de guàrdia qui codifiqui.

L'objectiu d'aquest article és de donar a conèixer les modificacions fetes a la classificació de la WONCA per a les urgències hospitalàries, descriure'n l'aplicabilitat i mesurar el grau d'acompliment a través de dues experiències d'utilització.

Material i mètodes

Les modificacions realitzades a la ICHPPC-2 respecten la divisió en XVIII grups, l'ordenació dels processos i la terminologia de l'edició original en versió catalana i castellana^{6,11}. Les variacions realitzades consisteixen bàsicament en:

- a) utilitzar el número d'ordre amb tres dígits com a a codi de classificació, amb la finalitat de reduir les dificultats dels codis alfanumèrics i els codis amb dígits variables (dos, tres o quatre dígits)
- b) desglossar o ampliar ítems corresponents a patologies més freqüents en urgències hospitalàries i que en la ICHPPC-2 estan agrupades en els apartats «altres malal-

ficha fue el encontrar un modelo de codificación fácilmente adaptable a las necesidades de las urgencias. Nuestra experiencia en el registro de la admisión y el alta hospitalarias se basaba en la utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9^a edición (ICD-9). Distintos estudios sobre urgencias hospitalarias^{4,5} basan sus análisis en la utilización parcial de la ICD-9 o en la propuesta por la WONCA. Pero dichos modelos presentan importantes limitaciones que dificultan su aplicación en el ámbito de urgencias hospitalarias.

En el caso de la ICD-9 las dificultades proceden de las siguientes causas:

- a) Es una clasificación básicamente etiológica, mientras que en las urgencias los diagnósticos son en gran parte sindrómicos.
- b) Los millares de diagnósticos que ofrecen los XVII grupos de la ICD-9 representan una gran dificultad en el manejo y la selección de un código, con la consiguiente excesiva dispersión de los datos sobre patología.

En el caso de la ICHPPC-2 las dificultades proceden básicamente del agrupamiento en un mismo código de distintos procesos patológicos que a pesar de tener poca incidencia en la atención primaria, son frecuentes en las urgencias hospitalarias. No obstante, dicha clasificación aporta numerosas ventajas sobre la ICD-9, puesto que está orientada en diagnósticos sindrómicos y además dispone de un grupo XVIII (V.01-V.82) que incluye problemas médicos, procedimientos administrativos y situaciones sociales que a menudo son motivo de atención sanitaria en los SUH.

Por dichas razones hemos escogido esta última clasificación como modelo de codificación para las urgencias hospitalarias, introduciendo algunas modificaciones que faciliten su aplicación y adaptación a la demanda de las urgencias hospitalarias; ello permite que el mismo médico de guardia pueda efectuar con facilidad la codificación.

El objetivo de nuestro artículo es dar a conocer las modificaciones introducidas en la Clasificación de la WONCA para urgencias hospitalarias, describir su aplicabilidad y a continuación medir su grado de cumplimiento, a través de dos experiencias de utilización.

Material y métodos

Las modificaciones realizadas en la ICHPPC-2 respetan la división en XVIII grupos, la ordenación de los procesos y la terminología de la edición original en versión catalana y castellana. Dichas variaciones consisten básicamente en:

- a) utilizar el número de orden con tres dígitos como código de clasificación, a fin de reducir las dificultades de los códigos alfanuméricos y los códigos con dígitos variables (dos, tres o cuatro dígitos)
- b) desglosar o ampliar ítems correspondientes a patologías más frecuentes en urgencias hospitalarias, las cuales en la ICHPPC-2 están agrupadas en los apartados

Taula 1. Exemples de correspondència entre els codis de la ICHPPC-2 modificada i les altres classificacions
Tabla 1. Ejemplos de correspondencia entre los códigos de la ICHPPC-2 modificada y las demás clasificaciones

ICHPPC-2 modificada		ICHPPC-2	ICD-9
I. Malalties infeccioses i parasitàries/ I. Enfermedades infecciosas y parasitarias			
001	Febre tifoide i paratifoide/ <i>Fiebre tifoidea y paratifoidea</i>	008	002
002	Gastroenteritis infecciosa/ <i>Gastroenteritis infecciosa</i>	008-009	001
	Inc.: Intoxic. alimentàries, bacterianes, diarrea infec./ <i>Inc.: Intoxic. alimentarias, bacterianas, diarrea infec.</i>		003-009
003	Tuberculosi pleuropulmonar i primària/ <i>Tuberculosis pleuropulmonar y primaria</i>	011	010-012
004	Tuberculosi extrapulmonar/ <i>Tuberculosis extrapulmonar</i>	011	013-018
	Inc.: Resta de localitzacions/ <i>Inc.: resto de localizaciones</i>		
005	Carboncle/ <i>Carbunco</i>	136	022
	Exc.: Furúncol i altres afeccions de la pell (33 8)/ <i>Exc.: Furúnculo u otras afecciones de la piel (338)</i>		
006	Brucel·losi/ <i>Brucelosis</i>	136	023
012	Infeccions meningocòcciques/ <i>Infecciones meningocócicas</i>	136	036
	Incl.: meningitis i sèpsia meningocòccica/ <i>Incl.: meningitis y sepsis meningocócica</i>		
013	Altres meningitis excepte meningocòc/ <i>Otras meningitis excepto meningoc.</i>	330-331	330-332
	Incl.: meningitis bacterianes, virus i altres de causa no especificada/ <i>Inc.: meningitis bacterianas, virus y otras de causa no especificada</i>		
014	Tètanus/ <i>Tétanos</i>	136	037
	Exc.: Tetània per hiperventilació (121), la no especificada o no aclarada (469)/ <i>Exc.: Tetania por hiperventilación (121), la no especificada o no aclarada (469)</i>		

ties» de cada un dels XVIII grups, per la seva escassa incidència en l'atenció primària

c) agrupar els processos excepcionals en un SUH

d) incorporar patologies no consignades en la ICHPPC-2 que incideixen en els SUH, i descrites en la ICD-9

e) desglossar cada una de les Malalties de Declaració Obligatòria⁷, per evitar la necessitat de duplicar els sistemes de registre, i

f) establir una escala de correspondència entre els 382 codis resultants de la modificació proposada, la ICHPPC-2 i la ICD-9 en tots els casos desglossats o ampliat (taula 1), que permeti la recuperació de diagnòstics a través de qualsevol de les classificacions esmentades.

La utilització d'aquesta classificació modificada, per part dels professionals, s'ha valorat a través de dues experiències.

La *primera experiència* es basa en un estudi prospectiu i multicèntric d'urgències en Hospitals Generals Bàsics de Catalunya, realitzat durant una setmana del mes de novembre del 1986. Els 22 hospitals participants, comarcals i urbans, són en gran majoria hospitals municipals, concertats amb l'Institut Català de la Salut, i formen part de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Tenen un nombre de llits entre 80 i 620 i una mitjana diària d'urgències, l'any 1986, entre 18 i 230, que representen un total de 640.000 urgències assistides durant el mateix any.

El model de fitxa de registre per a l'estudi fou unitari i els criteris, normes de recollida de la informació, diagnòstic i codificació foren establerts prèviament i explicats als metges de guàrdia per un responsable de l'estudi en cada hospital. El metge de guàrdia d'urgències omplia la fitxa de registre en la qual havia d'escriure el diagnòstic i seleccionar i anotar el codi corresponent, al final de cada visita.

«otras enfermedades» de cada uno de los XVIII grupos, debido a su escasa incidencia en la atención primaria

c) agrupar estos procesos excepcionales en un SUH

d) incorporar patologías no consignadas en la ICHPPC-2 que inciden en los S.U.H. y descritas en la ICD-9

e) desglosar cada una de las Enfermedades de Declaración Obligatoria⁷ para evitar la necesidad de duplicar los sistemas de registro y

f) establecer una escala de correspondencia entre los 382 códigos resultantes de la modificación propuesta, la ICHPPC-2 y la ICD-9, en todos los casos desglosados o ampliados (tabla 1), lo cual permite la recuperación de diagnósticos a través de cualquiera de las clasificaciones mencionadas.

La utilización de la clasificación modificada, por parte de los profesionales, se ha valorado a través de dos experiencias. La *primera experiencia* se basa en un estudio prospectivo y multicéntrico de urgencias en Hospitales Generales Básicos de Catalunya, realizado durante una semana del mes de noviembre de 1986. Los 22 hospitales participantes, comarcales y urbanos, son en gran mayoría hospitales municipales concertados con el Institut Català de la Salut y forman parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP). Tienen un número de camas entre 80 y 620 y una media diaria de urgencias, en el año 1986, entre 18 y 230; ello representa un total de 640.000 urgencias asistidas durante este año.

El modelo de ficha de registro para el estudio fue unitario y los criterios, normas de recogida de la información, diagnóstico y codificación fueron establecidos previamente y explicados a los médicos de guardia por un responsable del estudio en cada hospital. El médico de guardia de urgencias rellenaba la ficha de registro en la que tenía que escribir el diagnóstico y seleccionar y anotar el código correspondiente al final de cada visita.

Per a facilitar aquesta tasca, en cada habitació d'urgència els metges disposaven d'un tauló amb un índex alfabètic de sinònims i amb un total de 860 paraules clau.

Les dades obtingudes es processaren en el Servei Central d'Ordenació de la Informació del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Els resultats globals són exposats en altres treballs⁸. En aquest article es descriu el grau d'acompliment per als diagnòstics totals, la manca de diagnòstic segons destí i l'índex d'utilització del grup XVIII (Classificació suplementària).

En la *segona experiència*, realitzada a l'Hospital de Mataró, que forma part de la XHUP, s'utilitza el mateix sistema de registre que en l'estudi anterior. S'aplicà durant 6 mesos (maig-octubre 1987) per valorar si el decurs del temps condicionava l'acompliment. En aquest cas, per a les fitxes sense codificació, el mateix personal administratiu d'urgències, reclamava al metge de guàrdia que les completés. No va existir cap altre sistema de seguiment i control.

Resultats

L'estudi multicèntric va recollir 11.650 fitxes corresponents al total d'urgències ateses en una setmana. Els primers 11 hospitals atengueren el 75% de les urgències. El diagnòstic codificat estava consignat en el 96,1% dels casos. Dels grups de diagnòstic amb motiu de visita exposats a la taula 2, destaca el grup corresponent a accidents, lesions i intoxicacions com a primera causa de

Para facilitarles su tarea, en cada habitación de urgencia los médicos disponían de un tablón con un índice alfabético de sinónimos con un total de 860 palabras clave.

Los datos obtenidos fueron procesados en el Servicio Central de Ordenación de la Información del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya. Los resultados globales se exponen en otros trabajos de los autores⁸. En el presente artículo se describe el grado de cumplimiento para los diagnósticos totales, la falta de diagnóstico según destino y el índice de utilización del grupo XVIII (Clasificación suplementaria).

En la *segunda experiencia*, efectuada en el Hospital de Mataró, que forma parte de la XHUP, se utilizó el mismo sistema de registro que en el estudio anterior. Se aplicó durante seis meses (mayo-octubre 1987) para valorar si el curso del tiempo condicionaba los resultados. En este caso, para las fichas sin codificación el mismo personal administrativo de urgencias pedía al médico de guardia que las completase. No existió ningún otro sistema de seguimiento y control.

Resultados

El estudio multicéntrico recogió 11.650 fichas correspondientes al total de urgencias atendidas durante una semana. Los primeros 11 hospitales atendieron el 75 por ciento de las urgencias. El diagnóstico codificado estaba consignado en el 96,1 por ciento de los casos. De los grupos de diagnóstico con motivo de visita expuestos en la tabla 2, destaca el grupo correspondiente a accidentes,

Taula 2. Diagnòstics de sortida dels Serveis d'Urgències obtinguts amb la ICHPPC-2 modificada
Tabla 2. Diagnósticos de salida de los Servicios de Urgencias obtenidos con la ICHPPC-2 modificada

Grups diagnòstics Grupos diagnósticos	Estudi Multicèntric/Estudio multicéntrico		Hospital de Mataró/Hospital de Mataró	
	N.º	%	N.º	%
I Infeccions/Infecciones	548	(4,7)	1.896	(6,9)
II Tumors/Tumores	63	(0,5)	74	(0,2)
III Endocrinològ./Endocrinològ.	64	(0,5)	137	(0,5)
IV Sang/Sangre	40	(0,4)	65	(0,2)
V Mentals/Mentales	273	(2,3)	476	(1,7)
VI S.Nerviós i Sent./S.Nervioso y Sent.	468	(4,0)	1501	(5,5)
VII A.Circulatori/A.Circulatorio	443	(3,8)	743	(2,7)
VIII A.Respiratori/A.Respiratorio	1.377	(11,8)	2.097	(7,7)
IX A.Digestiu/A.Digestivo	672	(5,8)	1.138	(4,1)
X A.Gènito-urinari/A.Genitourinario	628	(5,4)	799	(2,9)
XI Embar.Part.Puerp./Embar.Part.Puerp	189	(1,6)	26	(0,0)
XII Pell i Subcutàn./Piel y Subcután.	396	(3,4)	967	(3,5)
XIII Osteo-muscul.Connec./Osteomusc.Conec.	785	(6,7)	1.760	(6,4)
XIV Congènites/Congénitas	7	(0,1)	2	(0,0)
XV Perinatals/Perinatales	2	(0,0)	-	-
XVI Mal definides/Mal definidas	1.086	(9,3)	3.528	(12,9)
XVII Traumat. i Intoxic./Traumat. y Intoxic.	3.944	(33,9)	10.420	(38,3)
XVIII Clas. Suplement./Clas.Suplem.	209	(1,8)	1.020	(3,7)
No especificat/No especificado	454	(3,9)	526	(1,9)
Total/Total	11.648	(100,0)	27.175	(100,0)

problemes atesos. Amb els tres primers diagnòstics (cop, contusió, ferida), s'agrupava el 20% de les urgències. Amb cinquanta diagnòstics el 75% i amb els cent primers, el 86,5% de les urgències.

Les fitxes sense diagnòstic (3,9%), es distribueixen de manera homogènia per grups d'edat i patologia. Analitzades segons destí, la manca de diagnòstic és d'1,7% en malalts ingressats, de 2,5% en els remesos a Consultoris i de 4,3% en els trasllats a altres Centres. El grup XVIII ocupa el 12è. lloc amb 1,8% del total d'urgències.

El *segon estudi* realitzat a l'Hospital de Mataró, recull 27.175 urgències en un període de 6 mesos, ateses en un hospital; els diagnòstics per grups s'exposen també a la taula 2. Els diagnòstics no consignats corresponen a 1,9%, i la variació per mesos oscil·la entre 1,3 i 3,9%. La patologia inclosa en el grup XVIII suposa el 3,8% del total d'urgències.

Discussió

Els dos treballs mostren un grau d'acompliment en la codificació de les urgències que podríem considerar sorprenentment alt, la qual cosa mostraria una bona disposició dels metges de guàrdia.

No es preten demostrar que aquest alt grau d'acompliment sigui degut exclusivament a les virtuts de la classificació i a les modificacions introduïdes. De totes maneres, representa una experiència a considerar en el difícil camp de la informació dels SUH, especialment si tenim en compte que no existeixen pràcticament treballs publicats sobre models de classificació de diagnòstics d'urgències hospitalàries. Volem fer constar que dels 22 hospitals participants en el primer treball, molts no registren els diagnòstics d'urgències i en alguns d'ells, els metges d'urgència són contractats tan sols per a la realització de guàrdies. Es parteix, doncs, d'una manca d'homogeneïtzació en les habituds dels metges en classificar el diagnòstic i codificar. Convé destacar també l'elevat nombre d'urgències ateses per alguns dels hospitals, i per tant, la codificació per part del metge podria significar un entrebanc més en la seva tasca. Tot i així, l'assignació del codi ha estat un fet general.

Es podrien argumentar diverses justificacions que expliquessin aquest fet. En la primera experiència el bon resultat es podria atribuir a la bona actuació del coordinador i/o al curt termini de l'estudi. En el segon cas, el fet de desenvolupar l'estudi en un hospital amb una considerable tradició en el camp de la codificació, podria donar una visió massa optimista. Creiem, però, que en ambdós casos l'existència d'una classificació que estalvia recerques enutjoses i diagnòstics excessivament detallats l'a-

lesiones e intoxicaciones como primera causa de problemas atendidos. En los tres primeros diagnósticos (golpe, contusión, herida) se agrupaba el 20 por ciento de las urgencias. En cincuenta diagnósticos, el 75 por ciento y en los cien primeros, el 85,5 por ciento de las urgencias.

Las fichas sin diagnóstico (3,9 por ciento) se distribuyen homogéneamente por grupos de edad y patología. Analizadas según destino, la falta de diagnóstico es de 1,7 por ciento en enfermos ingresados, de 2,5 por ciento en los remitidos a Consultorios y de 4,3 por ciento en los trasladados a otros Centros. El grupo XVIII ocupa el 12º puesto con un 1,8 por ciento del total de urgencias.

El *segundo estudio*, realizado en el Hospital de Mataró, recoge 27.175 urgencias en un período de seis meses, atendidas en un hospital; los diagnósticos por grupos se exponen también en la tabla 2. Los diagnósticos no consignados corresponden a 1,9 por ciento y la variación por meses oscila entre 1,3 y 3,9 por ciento. La patología incluida en el grupo XVIII representa el 3,8 por ciento del total de urgencias.

Discusión

Ambos estudios muestran un grado de cumplimiento en la codificación de las urgencias que podríamos considerar sorprendentemente alto, lo cual manifestaría la buena disposición de los médicos de guardia.

No pretendemos demostrar que este elevado grado de realización se deba exclusivamente a las virtudes de la clasificación y a las modificaciones introducidas. De todos modos, representa una experiencia a considerar en el difícil campo de la información de los SUH, en especial si tenemos en cuenta que prácticamente no existen trabajos publicados sobre modelos de clasificación de diagnósticos de urgencias hospitalarias. Queremos hacer constar que de los 22 hospitales participantes en el primer trabajo, muchos no registran los diagnósticos de urgencias y en algunos los médicos de urgencia son contratados únicamente para las guardias. Se parte, pues, de una falta de homogeneización en los hábitos de los médicos en cuanto a la clasificación del diagnóstico y su posterior codificación. Hay que destacar, por otro lado, el gran número de urgencias atendidas por algunos de dichos hospitales, en cuyo caso la codificación que debería efectuar el médico, podría representar un nuevo obstáculo en su labor. A pesar de todo, la asignación del código ha sido un hecho general.

Podríamos aducir distintas justificaciones para explicar este hecho. En la primera experiencia, el buen resultado se podría atribuir a la buena actuación del coordinador y/o al corto plazo del estudio. En el segundo caso, el hecho de desarrollar el estudio en un hospital con una tradición considerable en el campo de la codificación, podría dar una visión demasiado optimista. Creemos, sin embargo, que en ambos casos la existencia de una clasificación que ahorra enojosas búsquedas y diagnósti-

justament dels llistats de malalties a la realitat de les urgències amb abundància de diagnòstics sindròmics^{9, 10} i la facilitat en l'obtenció del codi malgrat la intensa càrrega assistencial són factors determinants del bon acompliment.

La classificació ICD-9 té un grup suplementari de «problemes de salut», que normalment no s'utilitza en les altes hospitalàries. A la ICHPPC-2 aquest grup queda incorporat com a grup XVIII i malgrat que els estudis sobre urgències publicats no l'utilitzen, la nostra experiència mostra la importància de la seva utilització per a evitar que una part dels diagnòstics quedi sense registre o mal registrada¹¹. La diferència del lloc que ocupen en cada un dels treballs, suggereix l'existència d'una habitud diferent en assignar ítems inclosos en aquest grup. Per exemple, la visita-control que està inclosa en el grup XVIII, és freqüentment codificada per la malaltia que motivà l'anterior visita (pneumònia, dolor en observació, etc.). Es podrien plantejar diversos interrogants respecte a la present proposta de modificació i d'adaptació de la ICHPPC-2. Primerament es podria plantejar que les definicions i el model utilitzats per la nostra proposta fossin la versió que la WONCA va publicar el 1983¹². La versió és la mateixa que la de la ICHPPC-2, però inclou els criteris de definició de cada un dels ítems, i per tant, no suposa cap inconvenient, excepte per l'extensió del llibret. Respecte a les definicions, creiem molt útils les consideracions que JJ Gervas *et al.*¹¹ fan sobre els problemes de salut ambulatoris i la classificació de la WONCA, que són aplicables també en el cas de les Urgències, per la qual cosa evitem de reiterar-les.

En segon lloc, es podria qüestionar si és correcte practicar esmenes en una classificació internacional d'ampli ús. Existeixen precedents¹³ que legitimen la nostra proposta, especialment per l'existència d'una escala de correspondència. En tercer lloc, es pot argumentar la conveniència de mantenir l'escala de correspondència utilitzant el número de posició original de classificació (seqüència) i expandint les seccions «altres» amb un quart dígit per incloure les patologies pròpies del nostre país i les dels serveis d'urgència. Hem volgut fugir, precisament, d'una classificació amb dígits variables, per evitar els errors que freqüentment es produeixen en la codificació per aquest motiu, i perquè dificulta el maneig per ordinador. Per últim, hom pot discutir si les 382 entrades són un nombre excessiu o escàs, segons s'avaluï amb criteris administratius o mèdics respectivament. Si tenim en compte que el 86,5% de les urgències hospitalàries es pot agrupar en 100 diagnòstics, aquesta proposta podria ser un punt de confluència entre els diversos interessos que respecti la regla d'or per la qual tot procés de recollida de dades es realitzi de la manera més simple i àgil possible¹⁴.

cos excesivamente pormenorizados, el ajuste de los listados de enfermedades a la realidad de las urgencias con abundancia de diagnósticos sindrómicos^{9,10}, la facilidad en la obtención del código a pesar de la intensa carga asistencial, son factores determinantes del buen cumplimiento.

La clasificación ICD-9 tiene un grupo suplementario de «problemas de salud», que normalmente no se utiliza en las altas hospitalarias. En la ICHPPC-2 dicho grupo queda incorporado como grupo XVIII y aunque los estudios sobre urgencias publicados no lo tienen en cuenta, nuestra experiencia muestra la importancia de su utilización para evitar que una parte de los diagnósticos quede sin registro o mal registrada¹¹. La diferencia en el apartado que ocupa en cada uno de los trabajos sugiere la existencia de un hábito diferente en asignación de los ítems incluidos en este grupo. Por ejemplo, la visita-control, que está incluida en el grupo XVIII, aparece frecuentemente codificada por la enfermedad que motivó la visita anterior (neumonía, dolor en observación, etc.). Nos podríamos plantear varios interrogantes respecto a la presente propuesta de modificación y adaptación de la ICHPPC-2. Ante todo, nos podríamos plantear la conveniencia de que las definiciones y el modelo de nuestra propuesta utilizaran la versión publicada por la WONCA en 1983¹². La versión es igual que la de la ICHPPC-2, pero incluye los criterios de definición de cada uno de los ítems, y por lo tanto no representa ningún inconveniente, excepto la extensión del folleto. En cuanto a las definiciones, nos parecen muy útiles las consideraciones de JJ Gervas *et al.*¹¹ respecto a los problemas de salud ambulatorios y la clasificación de la WONCA, que son aplicables también en el caso de las urgencias, por lo cual nos abstendremos de repetirlas.

En segundo lugar, nos podríamos preguntar si son correctas las enmiendas a una clasificación internacional de amplio uso. Existen precedentes¹³ que legitiman nuestra propuesta, especialmente por razón de la existencia de una escala de correspondencia. En tercer lugar, podemos aducir la conveniencia de mantener la escala de correspondencia utilizando el número de posición original de la clasificación (secuencial) y ampliando las secciones «otros» con un cuarto dígito, a fin de incluir las patologías propias de nuestro país y las de los servicios de urgencia. Hemos querido huir, precisamente, de una clasificación con dígitos variables, para evitar los errores que frecuentemente se producen por dicho motivo en la codificación y además porque dificulta el manejo por ordenador. Por último, se podría discutir si las 382 entradas son un número excesivo o escaso, según se consideren con criterios administrativos o médicos, respectivamente. Si tenemos en cuenta que el 86,5% de las urgencias hospitalarias se puede agrupar en 100 diagnósticos, esta propuesta podría ser un punto de confluencia entre los distintos intereses, para respetar la regla de oro que exige que todo proceso de recogida de datos sea lo más simple y ágil posible.

Es evident que si la classificació permet el tractament informàtic, es pot obtenir un coneixement acurat de la morbiditat de les urgències i, en conseqüència, informació per a una millor planificació sanitària^{15, 16}, per a la realització d'estudis clínics i per a establir programes de formació d'acord amb la realitat.

Proposem aquesta modificació com a model de Classificació de Diagnòstic per als SUH, si bé s'hauran de practicar estudis de validació, com els que s'han fet en altres àrees d'hospitalització¹⁷, amb la ICD-9, per avaluar si les dades obtingudes reflecteixen la realitat.

Agradecimientos

Al Dr. C.A. González, del Servicio de Epidemiología y Estadística del Hospital de Mataró por las orientaciones recibidas para el diseño, desarrollo del estudio y corrección del manuscrito. A los responsables del estudio en los distintos centros, por su ayuda en la experimentación de la clasificación:

Drs. R. Pujol, H. General de Granollers; M. Aliart, H. St. Andreu de Manresa; P. Barrufet, H. St. Antoni A., de Vilanova i la Geltrú; S. Capell, H. General de Granollers; J. Cebreners, Cl. de Mollet del Vallès; M. Cervantes, H. La Salut, de Sabadell; M. de Miguel, H. St. Llätzer, de Terrassa; J. Esplugues, H. St. Joan de Déu, de Martorell; J. Gibert, H. Comarcal de Vilafranca del Penedès; Guerra, H. Provincial de Girona; Ll. Gutiérrez, H. Comarcal de

Bibliografía

1. Escera C. La utilización de la información en los Hospitales de Catalunya. *Gaceta Sanitaria de Barcelona* 1985;21:99-105.
2. Anónimo. La Sanidad y la Informática (Editorial). *Gaceta Sanitaria de Barcelona* 1985;24:211.
3. González CA, Teniente JM, Balanzó X et al. *El registro informatizado de Admisión y Alta hospitalaria. Programa Piloto en Hospitales Comarcales*. Mataró: Hospital St. Jaume i Sta. Magdalena, 1984.
4. Lloet Carbó J, Puig Pujol X, Muñoz Casadevall J. Urgencias médicas: Análisis de 18.240 pacientes en el Servicio de Urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin (Barc)* 1984;83:135-41.
5. del Castillo Rey M, Huguet J, Bravo Ribo J et al. Estudios del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986;87:539-42.
6. World Organizations of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners & Family Physicians. *ICHPPC-2, International Classification of Problems Health in Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1975.
7. Generalitat de Catalunya. *Manual de Notificación y control de enfermedades de Declaración Obligatoria*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1983.

Es evidente que si la clasificación permite el tratamiento informático, se puede obtener un conocimiento preciso de la morbilidad de las urgencias y, en consecuencia, información para una mejor planificación sanitaria^{15,16}, para la realización de estudios y para establecer programas de formación acordes con la realidad.

Proponemos dicha modificación como modelo de Clasificación de Diagnóstico para los SUH, aunque habrá que efectuar estudios de validación, como los llevados a cabo en otras áreas de hospitalización¹⁷ con la ICD-9 para comprobar si los datos obtenidos reflejan la realidad.

Igualada; G. Martí, H. St. Camil, de St. Pere de Ribes; Mauri, H. St. Llätzer, de Terrassa; J. Noguera, Cl. Creu, de Sabadell; J. M. Oller, H. de Palamós; X. Puig, Centre H. de Manresa; P. Sánchez, H. Mútua de Terrassa; J. Serra, H. Sta. Creu, de Vic; J. Sorribes, H. St. Joan de Déu, de Manresa; J. Torné, H. St. Jaume, de Calella; J. Tuyet, H. M. D. Esperança, de Barcelona; A. Verdaguer, Cl. Aliança, de Mataró; E. Vila, H. Municipal, de Badalona.

A todos los médicos residentes y de guardia de los 22 hospitales. Al Dr. S. Ferrándiz, del S.C.E.M. de la Generalitat de Catalunya. Al Dr. J. Verdú y a la Sra. M. Rué, Servicio Central de Ordenación de la Información del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, por la realización del tratamiento informático.

8. Balanzó X, Almirall J. Estudio multicéntrico de las Urgencias en Hospitales Generales Básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
9. Fenollosa Entrena B, Mico Román A. Revisión y Control de la labor asistencial en el área de Urgencias Central de la Ciudad Sanitaria «La Fe», València. *Rev San Hig Púb* 1979; 53: 1651-72.
10. Guix J. Utilización de los indicadores de actividad en el Servicio de Urgencias hospitalarias. *Ann Med (Barc)* 1986; 72: 221-5.
11. Gervás JJ., Fores M. La morbilidad ambulatoria: estudio de los problemas de salud mediante la clasificación de la WONCA. *Atención Primaria* 1987; 4: 272-5.
12. ICHPPC-2 Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care). *WONCA*. Oxford: Oxford University Press. 1985.
13. Schneeweiss R, Rosenblatt R, Cherkin DC, Kirkwood R, Hart G. Diagnosis Clusters: A New Tool for analyzing the Content of Ambulatory Medical Care. *Med Care* 1983; 13: 105-22.
14. Segura A. El médico como productor y usuario de la información Sanitaria. *JANO* 1984; Extra: 25-30.
15. Logan RLF. *Necesidad de evaluar la morbilidad y los niveles de salud*. Genève: OMS, 1967. (Cuadernos de Salud Pública; 27:9-17).
16. Company A. Estadísticas rutinarias de morbilidad. *JANO* 1984; Extra: 48-51.
17. González CA, Agudo A, Costa J, et al. Validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 269-71.

